

## Toelichting persbericht Controle en Fraudebeheersing 2012

11 juli 2013

### 1. Rol van de zorgverzekeraar

De missie van de zorgverzekeraars is: kwalitatief goede, betaalbare en toegankelijke zorg voor alle verzekerden, gericht op het bevorderen van gezondheid en kwaliteit van leven. Zorgverzekeraars hebben ten aanzien van de betaalbaarheid een belangrijke maatschappelijke verantwoordelijkheid. Deze geven zij op meerdere manieren vorm: (selectieve) zorginkoop en het uitvoeren van formele- en materiële controle, controles op gepast gebruik en fraudebeheersing om oneigenlijk gebruik en misbruik van zorggeld te voorkomen.

Op deze wijze bewaken zij de juistheid van de gedeclareerde zorg. Dat doen zij enerzijds individueel en anderzijds in samenwerking met elkaar en met organisaties van patiënten/cliënten en zorgaanbieders. Het behartigen van de belangen van hun verzekerden staat hierbij centraal.

### 2. Toezicht en sturing door zorgverzekeraars

Zorgverzekeraars geven sturing aan de betaalbaarheid van de zorg door (selectieve) zorginkoop en het uitvoeren van formele- en materiële controle, controles op gepast gebruik en fraudebeheersing. Deze wijze van controle wordt ook wel gegevenscontrole genoemd; de verschillende gegevens (declaraties) worden gecontroleerd.

Naast deze gegevenscontrole bestaan er ook systeemcontroles. Hierbij wordt het onderliggende systeem van zorgaanbieders (de wijze waarop de declaraties tot stand komen) gecontroleerd. Met ziekenhuizen is een – uniforme – regeling van controle afgesproken ('AO/IC-kaderregeling') en deze vormt de basis voor de zorgverzekeraars om de juistheid te bewaken. Naast deze uniforme afspraken zijn uiteindelijk ook meer toegesneden afspraken gewenst, omdat iedere instelling nu eenmaal anders is. Voor dit maatwerk-toezicht putten zorgverzekeraars uit de ervaringen van de Belastingdienst. Die hanteert namelijk een zogeheten 'horizontaal-toezicht'-systeem. Dat systeem proberen zorgverzekeraars nu uit in een proefproject met een aantal ziekenhuizen.

### 3. Declaraties: verantwoordelijkheden in keten

De visie van de zorgverzekeraars op controle in de keten is er niet een van 'meer controles op dezelfde declaraties', maar van betere declaraties, waarop vervolgens juist minder controle noodzakelijk is. Daaruit volgt dat controles op de declaraties in een zo vroeg mogelijk stadium in de keten verricht moeten worden en dat de zorgaanbieders veel (operationele) controles zelf moeten verrichten. Deze zorgaanbieders zijn primair verantwoordelijk voor een juiste en volledige declaratie. Vervolgens is het de (secundaire) verantwoordelijkheid van de zorgverzekeraars om te controleren of er geen onjuiste declaraties zijn ingediend.

De visie van zorgverzekeraars op controles in de keten kan ook in de volgende processtappen worden samengevat:

- I. Regelgever (VWS, NZa, CVZ) zorgt voor duidelijke en controleerbare wet- en regelgeving.
- II. Zorgaanbieders zorgen voor juiste declaraties, onder meer door het creëren van een cultuur waarin juist declareren de norm is.
- III. Regelgever, zorgverzekeraars en zorgaanbiederorganisaties helpen fouten en fraude voorkomen door voorlichting over onder meer juist declareren.

- IV. Zorgverzekeraars controleren risicogericht op basis van financieel belang, risico inschatting en overige zekerheden.
- V. Declaraties waarin zaken niet lijken te kloppen, worden nader onderzocht. Daarbij zetten zorgverzekeraars hun controle-instrumenten proportioneel in.
- VI. Is er een signaal dat fouten bewust zijn begaan? Dan kan de zorgverzekeraar een fraudeonderzoek starten. Mocht de zorgverzekeraar over onvoldoende onderzoeks- of sanctiemiddelen beschikken, dan kan hij de zaak overdragen aan de NZa, de FIOD, de iSZW of de IGZ voor bestuursrechtelijk, strafrechtelijk of tuchtrechtelijk optreden.

#### 4. Vormen van controle

Zorgverzekeraars controleren per jaar honderden miljoenen declaraties die zij voor meer dan 95% elektronisch ontvangen van de zorgaanbieders. Om al deze declaraties te kunnen controleren, hebben de zorgverzekeraars meerdere vormen van controle. Op hoofdlijnen onderscheiden ze twee vormen van controle:

##### A. Vooraf

Onder vooraf controles worden alle controles verstaan die plaatsvinden vóór uitbetaling van de declaratie. Deze vorm kan vervolgens weer worden uitgesplitst in:

- Technisch  
De eerste vorm van controle die zorgverzekeraars uitvoeren is de zogenaamde technische controle. Hierbij controleren ze of een elektronische declaratie voldoet aan alle technische voorwaarden, of de elektronische declaratie is ingediend in de vorm zoals met zorgaanbieders is afgesproken en of alle (verplichte) velden zijn ingevuld.
- Formeel  
Bij de formele controle controleren zorgverzekeraars of een declaratie voldoet aan de geldende voorwaarden/regelgeving (bijvoorbeeld: is het juiste bedrag gedeclareerd, is de verzekerde voor deze zorg verzekerd, etc.). Deze vorm van controle vindt veelal vooraf (voor uitbetaling) geautomatiseerd plaats, maar kan ook achteraf (na uitbetaling) plaatsvinden.
- Materieel  
Materiële controle is een instrument om het publieke belang van 'betaalbaarheid' te borgen. Bij een materiële controle gaat de zorgverzekeraar na of:
  - de door de zorgverlener in rekening gebrachte prestatie is geleverd ('rechtmatigheid');
  - en die geleverde prestatie het meest was aangewezen gezien de gezondheidstoestand van de verzekerde ('doelmatigheid').
 Dit kan bijvoorbeeld gebeuren door het uitvoeren van statistische analyses, steekproeven, enquêtes en dossiercontrole.

##### B. Achteraf

De controle achteraf betreft alle controles die na betaling van de declaratie plaatsvinden. Als achteraf een declaratie toch niet juist blijkt te zijn, moeten de zorgverzekeraars het uitbetaalde bedrag terugvorderen bij (meestal) de zorgaanbieders. De controle achteraf kan worden onderverdeeld in verschillende vormen:

- Formeel (zie hierboven)
- Materieel (zie hierboven)
- Gepast gebruik: *“Onder gepaste zorg wordt die zorg verstaan die voor de gebruiker, op het moment van gebruik, noodzakelijk, effectief en doelmatig is”* (definitie van gepast gebruik zoals de NZa die heeft opgenomen in het Toezichtkader zorgplicht zorgverzekeraars). Ofwel, was de verzekerde op dat moment redelijkerwijs aangewezen op en voldeed de

geleverde zorg aan de laatste stand van wetenschap en praktijk? Deze vorm van controle kan bijvoorbeeld plaatsvinden op basis van enquêtes en dossiercontrole.

## 5. Soorten onjuistheden

- Technische fout  
De betreffende declaratie is technisch niet in orde. Het overgrote deel van de declaraties vindt tegenwoordig elektronisch plaats door middel van een declaratiebericht. Als dit bericht niet aan alle technische voorwaarden voldoet, zoals een juist vulling van de afgesproken velden, wordt het bericht afgewezen en teruggestuurd naar de zorgaanbieder.
- Foutieve of onterechte declaratie  
De betreffende declaratie is fout en had niet op deze wijze gedeclareerd mogen worden. Hierbij kan bijvoorbeeld het tarief niet juist zijn, kan de verwijzing ontbreken, voldoet de declaratie niet aan de vergoedingsvoorwaarden of heeft de behandeling niet plaatsgevonden maar is deze wel (onopzettelijk) gedeclareerd.
- Fraude  
Indien een fout opzettelijk is begaan en daarmee ook een bepaald voordeel is verkregen, dan spreken zorgverzekeraars van fraude. Hiervoor moet voldaan zijn aan alle drie de genoemde criteria (zie onder 6: Fraude en fraudeonderzoek), anders gaat het om een fout.
- Oneigenlijk gebruik  
Het is ook mogelijk dat de declaratie volgens de regels wel is toegestaan (naar de 'letter van de wet'), maar dat de zorgverzekeraar tegelijk van mening is dat deze toegestane situatie niet de bedoeling is geweest van de regel (ingaat tegen de 'geest van de wet'). In een dergelijk geval spreken van oneigenlijk gebruik. Dit is een lastige situatie om in de praktijk tegen te gaan omdat het gaat om de interpretatie van de bedoeling van de wet- of regelgever.
- Ondoelmatig/ongepast  
De laatste soort onjuistheid is die waarin de zorg wel is geleverd zoals deze is gedeclareerd, maar waar de verzekerde ook goed geholpen zou zijn geweest met andere of minder zorg. De vraag is dus: op welke zorg was de verzekerde ten tijde van de zorgvraag 'aangewezen', wat had hij volgens 'de stand der wetenschap en techniek' nodig? Zorgverzekeraars hebben de taak hierop toe te zien zodat de kosten van de zorg beperkt worden en controleren hier dus op.

## 6. Fraude en fraudeonderzoek

De definitie van zorgverzekeringsfraude die zorgverzekeraars hanteren, bevat drie criteria:

- a. Overtreding van een regel;
- b. Wederrechtelijk voordeel;
- c. Bewust of opzettelijk handelen.

Zorgverzekeraars doen onderzoek naar signalen van fraude die zij als 'onderzoekswaardig' beoordelen. Dat betekent dat het signaal nadrukkelijk moet duiden op het overtreden van een regel, dat er een bepaald voordeel wordt verkregen met deze overtreding en dat er een vermoeden van bewust handelen moet zijn. Daarnaast hanteren zorgverzekeraars ook een prioriteringsbeleid waarbij onder meer omvang van de zaak, zorgsoort, voorbeeldfunctie en uitkomsten van een bepaalde risicoanalyse een rol kunnen spelen.

Indien het signaal onderzoekswaardig is, zet de zorgverzekeraar zijn onderzoeksmiddelen in, waarbij in de eerste fase vooral 'bureauonderzoek' wordt gedaan. In een latere fase kan hij ook middelen als de enquête of het opvragen van medische dossiers inzetten.

Bij grote fraudezaken die bij meerdere zorgverzekeraars een aanzienlijke omvang hebben, kunnen

zorgverzekeraars via ZN samenwerken in een speciale onderzoekswerkgroep. Bij deze onderzoeken wisselen zij bevindingen uit en bepalen ze gezamenlijk of en hoe ze een eventuele derde partij, zoals de NZa of de FIOD, erbij betrekken.

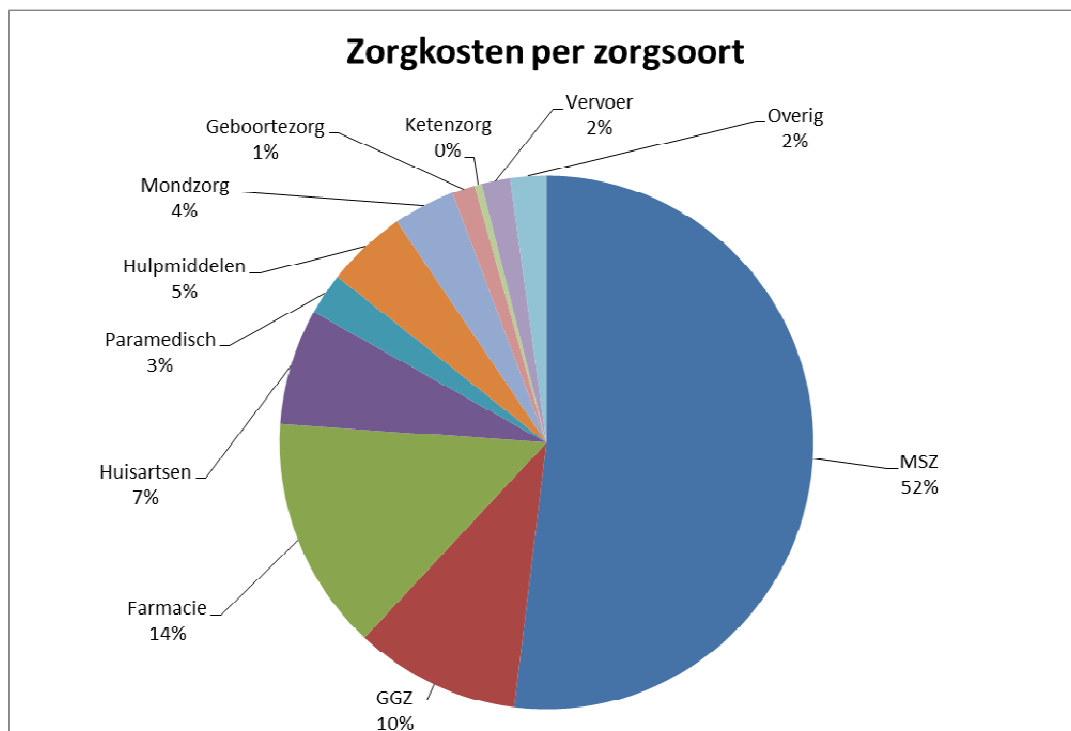
Na de onderzoeksfase bepaalt de zorgverzekeraar de te nemen maatregelen, die uiteraard per fraudezaak kunnen verschillen. Zorgverzekeraars vorderen onjuist gedeclareerde bedragen uiteraard terug, al dan niet vermeerderd met onderzoekskosten. Ook het waarschuwen van andere verzekeraars voor de fraudeur door registratie in het waarschuwingsregister (EVR), is een mogelijkheid. De zorgverzekeraar kan verder de overeenkomst of verzekering opzeggen en de fraudezaak overdragen aan de NZa, de FIOD, de iSZW of de IGZ. Dit gebeurt alleen in gevallen waarbij eigen sancties niet volstaan én de inschatting is dat de zaak voldoende gedocumenteerd kan worden voor een bestuursrechtelijk, strafrechtelijk of tuchtrechtelijk vervolg. In gevallen waarbij de regelgeving onvoldoende duidelijk is of niet voldoende vaststaat dat de overtreding bewust is begaan, vallen deze sanctiemogelijkheden af.

## 7. Resultaten 2012

### I. Controle (Zvw)

De controleresultaten hebben betrekking op de gedeclareerde zorg in de Zorgverzekeringswet (basisverzekering). Om die resultaten goed te kunnen plaatsen, nemen wij hier een overzicht op van de samenstelling van de zogenoemde 'schadelast' van de Zorgverzekeringswet (Zvw).

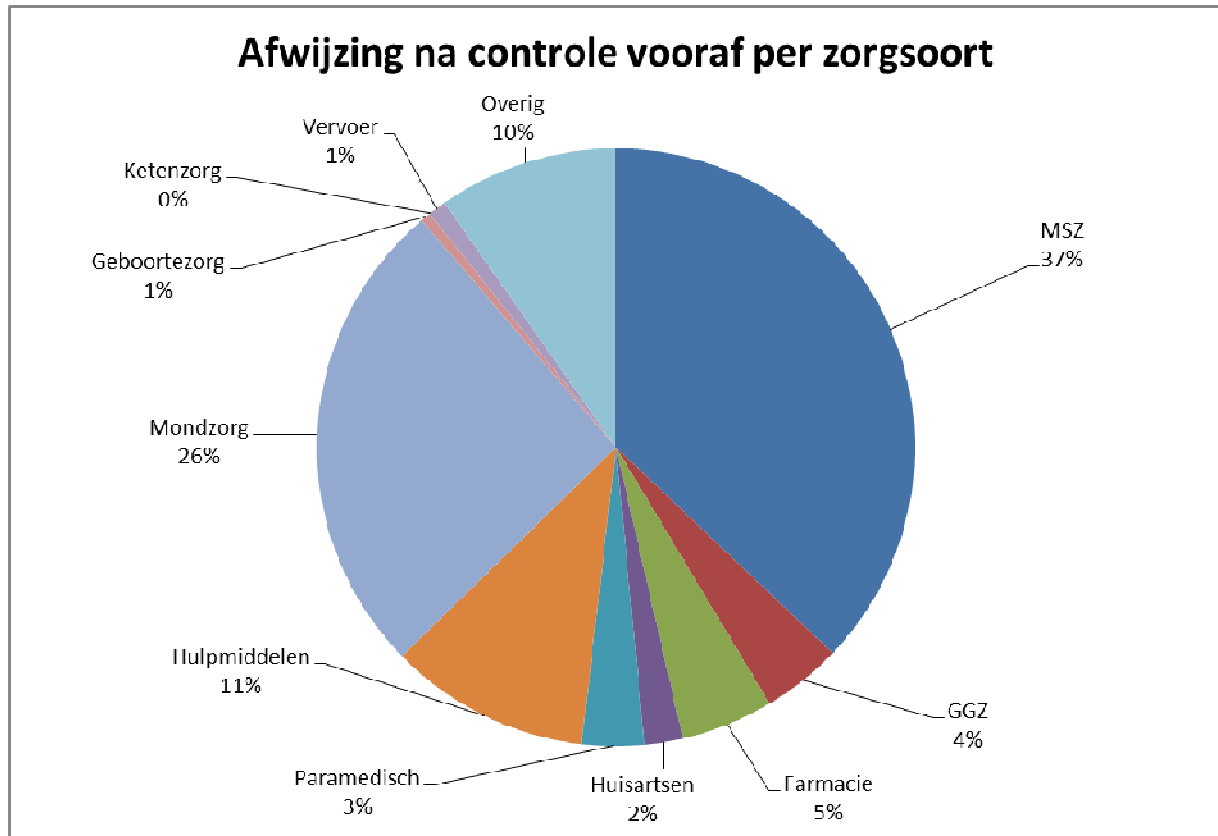
In 2012 is er voor circa 33 miljard euro gedeclareerd voor de basisverzekering in de Zvw, Onderstaand is een uitsplitsing per zorgsoort van deze zorgkosten (schadelast) weergegeven.



Hierbij is zichtbaar dat iets meer dan de helft gedeclareerd is vanuit de Medisch Specialistische Zorg (ziekenhuiszorg en zelfstandige behandelcentra). Bij de overige sectoren nemen Farmacie, GGZ en Huisartsen het grootste deel in.

## Controle vooraf

Zoals eerder is beschreven, voeren zorgverzekeraars allereerst een controle vooraf uit. In 2012 hebben de zorgverzekeraars door deze controle 2,6 miljard euro afgewezen. Onderstaand is de uitsplitsing per zorgsoort weergegeven voor deze 2,6 miljard euro: wat is het aandeel per zorgsoort in dit bedrag?



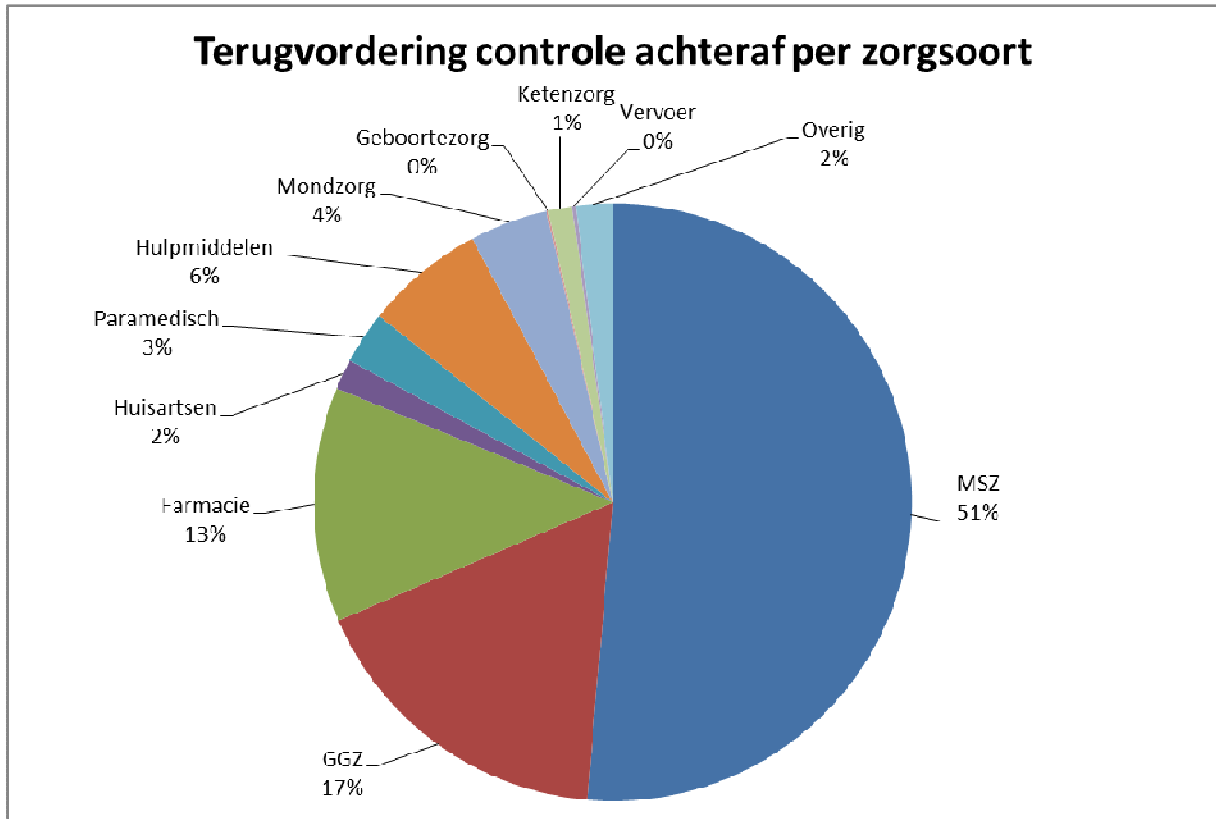
Naast bovenstaande uitsplitsing is van de controle vooraf bekend dat hiervan naar schatting 40% tot een besparing leidt: in 2012 is dat dus een bedrag van één miljard euro. Dit betekent dat een afgewezen declaratie ook in een later stadium of moment **niet wordt betaald**. Een voorbeeld hiervan is het bereiken van het vergoedingslimiet: als deze limiet eenmaal is bereikt wordt geen enkele soortgelijke declaratie daarna alsnog betaald. Een ander voorbeeld is de situatie waarin een verzekerde niet verzekerd is voor de betreffende zorg.

De overige 60% van het afgewezen bedrag bij de controle vooraf wordt, als de declaratie opnieuw is ingediend, **alsnog betaald**. Dit is bijvoorbeeld het geval bij onvolledigheid van de gegevens of als de declaratie bij de verkeerde zorgverzekeraar is ingediend.

In bovenstaande uitsplitsing valt met name op dat het deel dat is afgewezen in de mondzorg relatief groot is, zeker in vergelijking met de zorgkosten. Mondzorg maakt 4% van de zorgkosten uit, maar zorgt wel voor 26% van de afwijzingen vooraf. Een logische verklaring hiervoor is dat zorgverzekeraars vaak mondzorgdeclaraties ontvangen voor de verkeerde verzekering (Zvw in plaats van aanvullende verzekering) en dat mondzorgdeclaraties worden ingediend terwijl de vergoedingslimiet bereikt is of de betreffende verrichtingen buiten de dekking vallen. In die situaties betaalt de zorgverzekeraar de declaratie niet.

### Controle achteraf

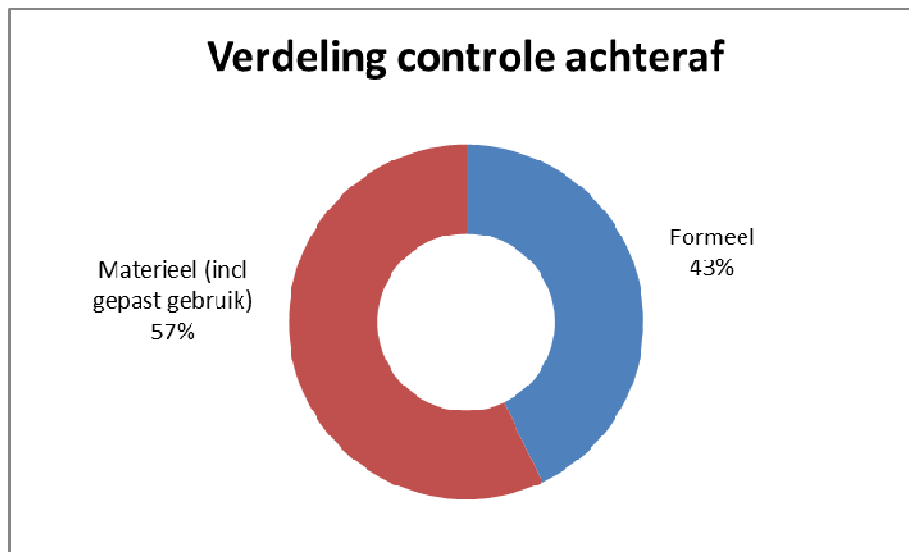
In 2012 hebben de zorgverzekeraars voor 198 miljoen euro teruggevorderd door controle achteraf. De zorgverzekeraars hebben in deze situatie in eerste instantie de declaratie betaald en vervolgens geconstateerd dat de declaratie toch niet juist is. Op dat moment vorderen ze het uitbetaalde bedrag terug bij (meestal) de betreffende zorgaanbieder. In onderstaande tabel is per zorgsoort weergegeven hoeveel procent van die 198 miljoen is teruggevorderd.



In bovenstaande uitsplitsing is alleen voor de GGZ een (beperkt) groter deel teruggevorderd dan men zou verwachten op basis van de zorgkosten. Een verklaring hiervoor zou de onduidelijke wet- en regelgeving kunnen zijn. Wat mag nu wel en wat mag nu niet worden gedeclareerd. Ook de beperkte hoeveelheid gegevens die zorgverzekeraars ontvangen, kunnen een rol spelen. Indien een zorgverzekeraar op voorhand weinig gegevens ontvangt, is een risicogerichte achterafcontrole door het opvragen van aanvullende gegevens de enige wijze om onjuistheden vast te stellen.

Op het moment dat een zorgverzekeraar een bedrag terugvordert bij een zorgaanbieder wil dat nog niet zeggen dat de zorgverzekeraar het geld ook daadwerkelijk terugkrijgt. In sommige situaties kan het zo zijn dat de betreffende aanbieder het geld niet terug kan betalen bijvoorbeeld bij een faillissement. Tot op heden (1 juli 2013) hebben de zorgverzekeraars 137 miljoen euro (69%) van het teruggevorderde bedrag daadwerkelijk ontvangen.

In het diagram hieronder staat een verdeling van de achteraf controle tussen formeel en materieel weergegeven. Duidelijk is dat door materiële controle achteraf een groter deel van de 198 miljoen euro (57%) is teruggevorderd dan door formele controle achteraf (43%).



Het is lastig dit resultaat te duiden, aangezien de zorgverzekeraar achteraf relatief minder formele controle en meer materiële controle uitvoert.

## II. Fraudeonderzoek (Zvw, AV en AWBZ)

Zorgverzekeraars kunnen, bij een vermoeden dat een fout bewust is begaan, een fraudeonderzoek starten. Deze onderzoeken doen zij voor de Zvw, de AWBZ en de aanvullende verzekering.

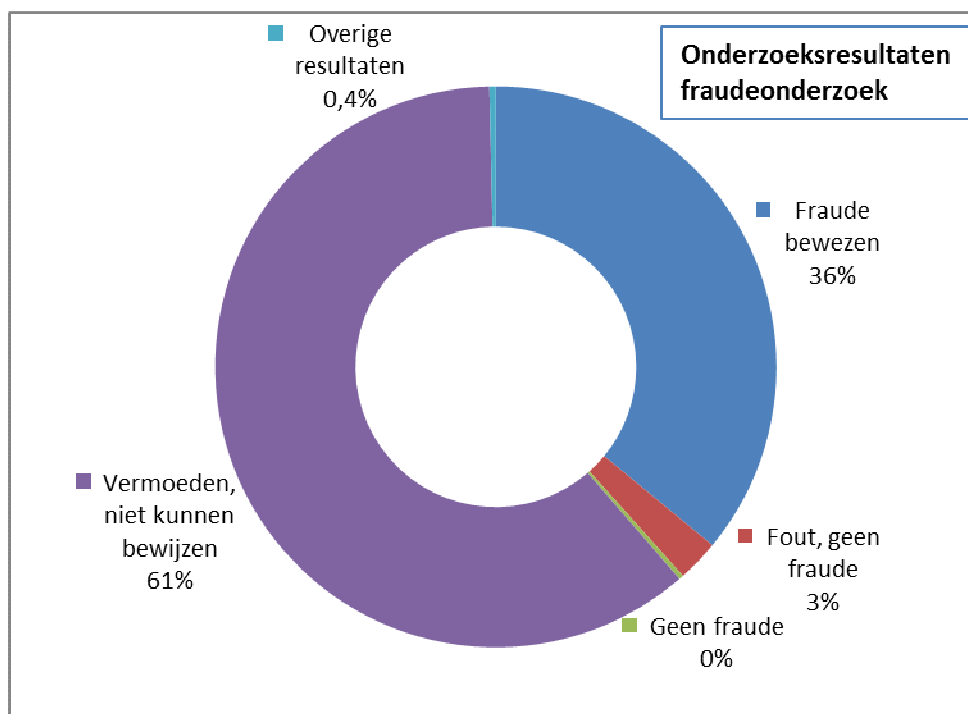
Of een onderzoek daadwerkelijk wordt gestart, hangt af van de beoordeling van de onderzoekswaardigheid van het signaal. Hierbij gaat het vaak om de omvang, de kans dat bewust handelen vastgesteld kan worden, het beoordeelde risico van de betreffende zorgsoort in de risicoanalyse en eventuele speciale omstandigheden. Ook de onderzoekscapaciteit van de zorgverzekeraar op dat moment speelt een rol.

### Resultaten fraudeonderzoeken 2012

In 2012 hebben zorgverzekeraars in totaal van 813 onderzoekswaardige fraudesignalen het onderzoek kunnen afsluiten. Bij het afsluiten van een onderzoek zijn meerdere relevante onderzoeksuitkomsten denkbaar:

- Fraude bewezen
- Fraudevermoeden, maar niet kunnen bewijzen
- Fout, maar geen fraude
- Geen fraude
- Overige resultaten zoals administratieve fout eigen organisatie of verzekerde of overgedragen aan materiële controle

Bij de in 2012 afgesloten onderzoeken was de verhouding tussen deze onderzoekresultaten als volgt:



Bovenstaande verhouding betekent dat onderzoekswaardige signalen vrijwel altijd resulteren in de vaststelling dat de declaratie (al dan niet opzettelijk) onjuist was. Er zijn dus weinig 'loos alarm' signalen in onderzoek genomen. De mate waarin kan worden vastgesteld dat de fout met opzet is begaan, is niet altijd gelijk. Ruim 60% van de bedragen die met fraudeonderzoeken gemoeid waren, resulteerde in het overeind blijven van fraudevermoeden, zonder dat fraude daadwerkelijk kon



worden vastgesteld. In een klein aantal gevallen werd een fout geconstateerd maar bleek ook dat het niet om fraude ging en voor ruim een derde van de onderzoeken geldt dat daarbij daadwerkelijk fraude werd geconstateerd.

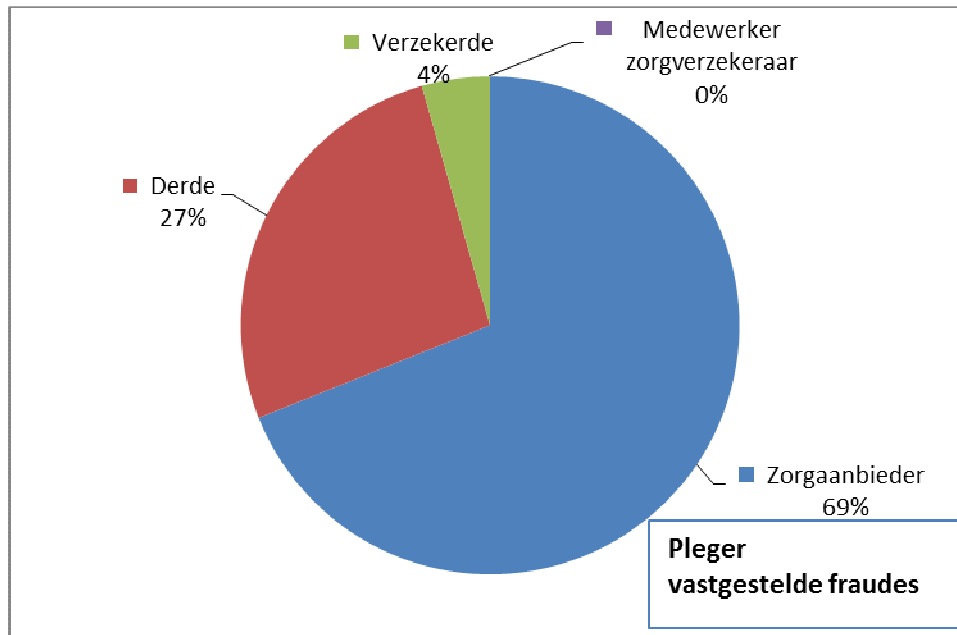
De omvang van de in 2012 vastgestelde onderzoeksresultaten was als volgt:

Fraude bewezen	€ 6.000.000
Fraudevermoeden maar niet kunnen bewijzen	€ 9.500.000
Fout, maar geen fraude	€ 370.000
<b>Totaal</b>	<b>€ 15.870.000</b>

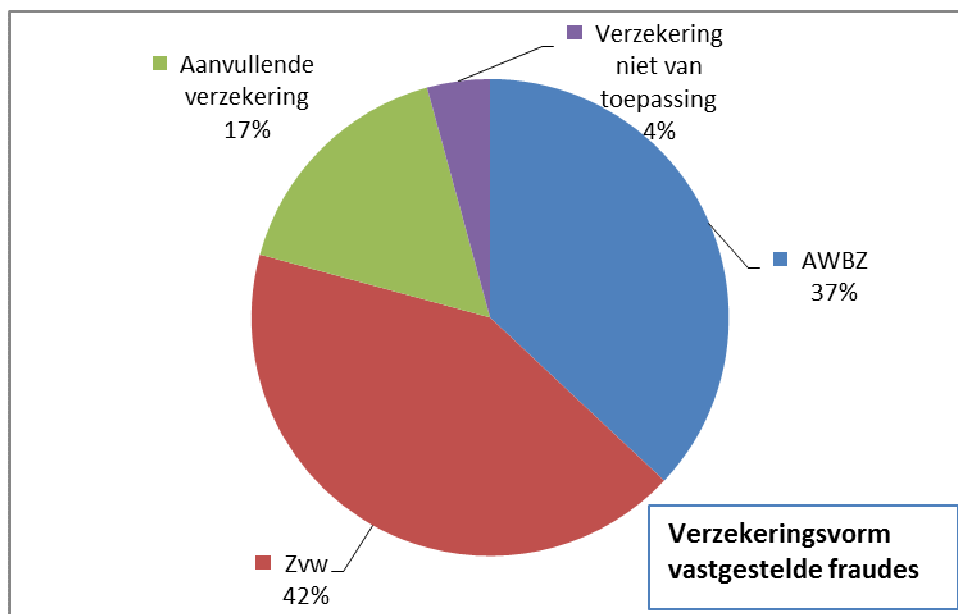
De hoogte van het bedrag aan vastgestelde fraude is sterk beïnvloed door de onderzoekscapaciteit die nodig was voor een klein aantal grote en complexe onderzoeken. Het totaalbedrag van de zaken waarbij het vermoeden is blijven staan, maar fraude niet is vastgesteld, is hoger dan het bedrag vastgestelde fraude: 9,5 miljoen euro. Daarnaast kwam een bedrag van 370.000 euro bij fraudeonderzoeken boven water als gevolg van fouten. Opgeteld is er dus 15,9 miljoen euro aan onjuistheden (al dan niet opzettelijk) vastgesteld.

Het gemiddelde bedrag per vastgestelde fraude kwam op € 27.245. Dat is opnieuw een stijging ten opzichte van de vorige jaren toen het gemiddelde bedrag respectievelijk € 17.088 (2010) en € 19.642 (2011) bedroeg.

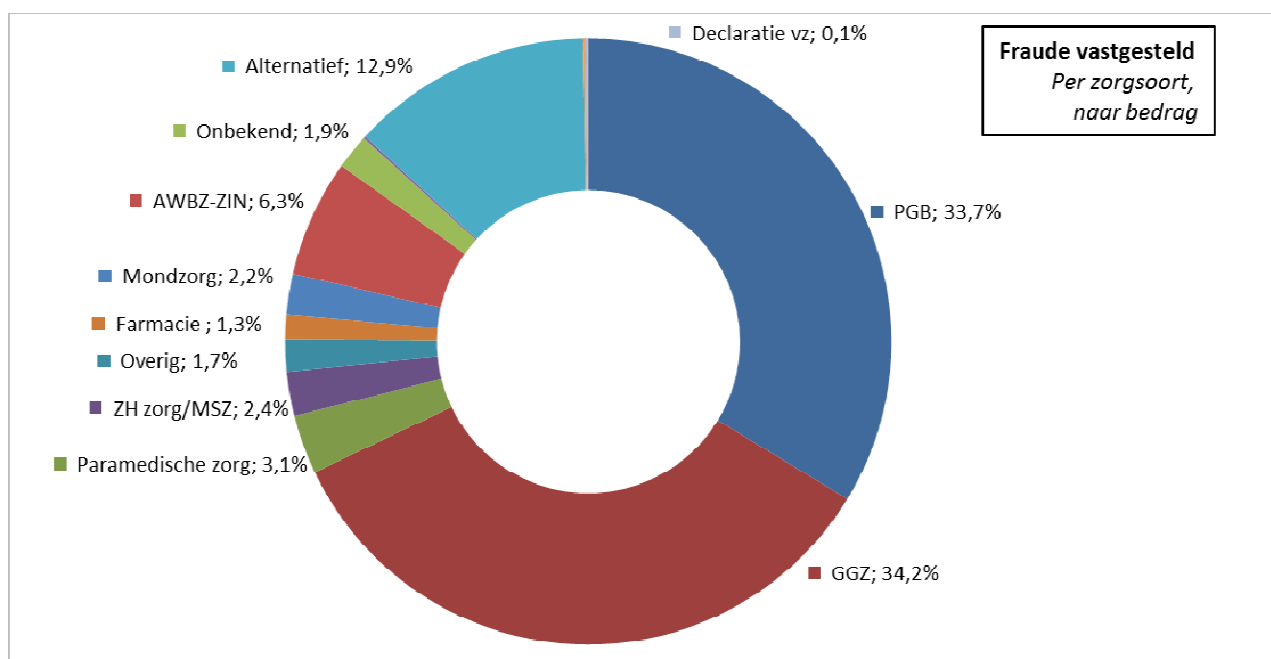
Uit de diagram hieronder blijkt dat de vastgestelde fraudes uit 2012 hoofdzakelijk gepleegd zijn door zorgaanbieders, gevolgd door derden (zoals leveranciers van hulpmiddelen en bemiddelingsbureaus).



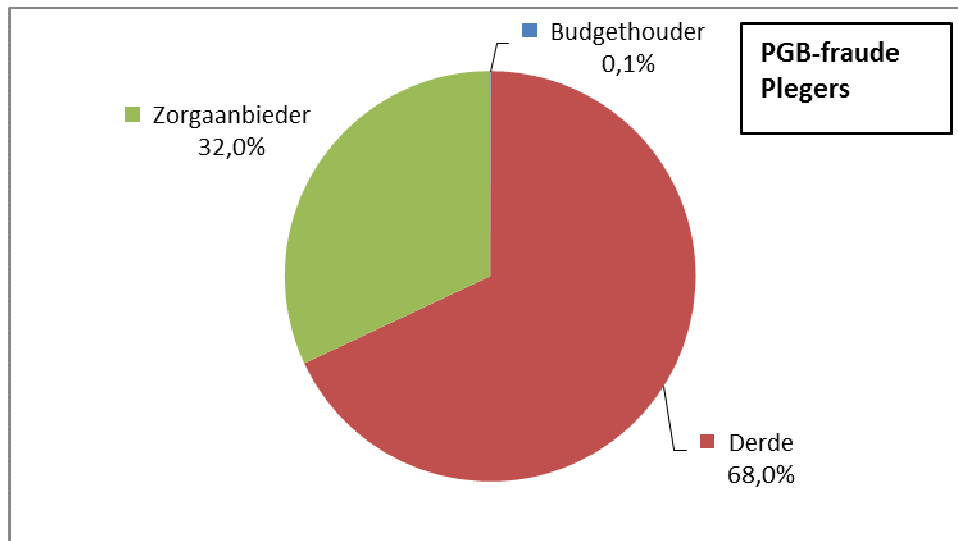
In welke verzekeringsvormen zijn de vastgestelde fraudes gepleegd? Uit onderstaande diagram blijkt dat voornamelijk fraude wordt gepleegd in de Zvw en AWBZ.



Bij welke zorgsoorten hebben de fraudes en onjuistheden zich voorgedaan? Uit onderstaande diagram blijkt dat de **vastgestelde fraudes** zich voornamelijk hebben afgespeeld in de PGB-regeling, de GGZ en enigszins bij alternatieve zorg.

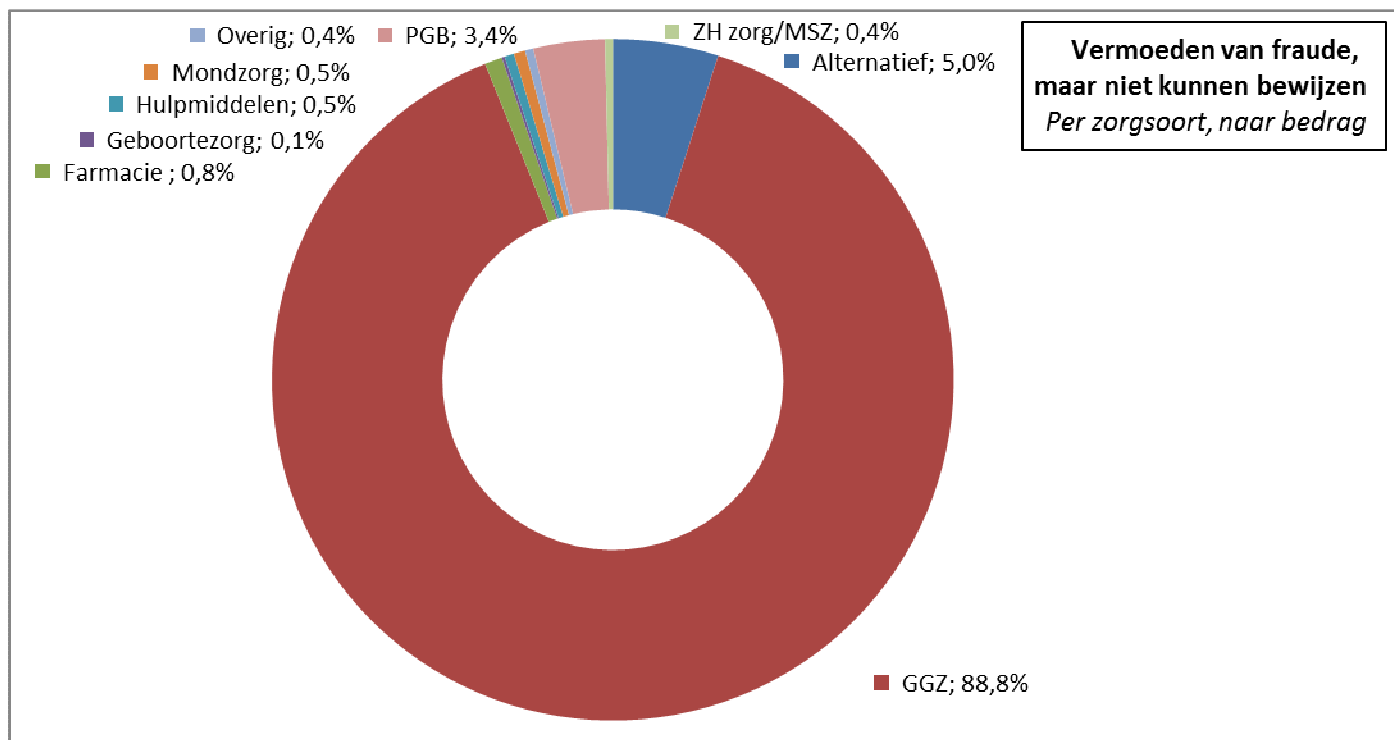


Vanwege de bijzondere aandacht voor fraude met de PGB-regeling, zijn de plegers van PGB-fraude hieronder weergegeven.



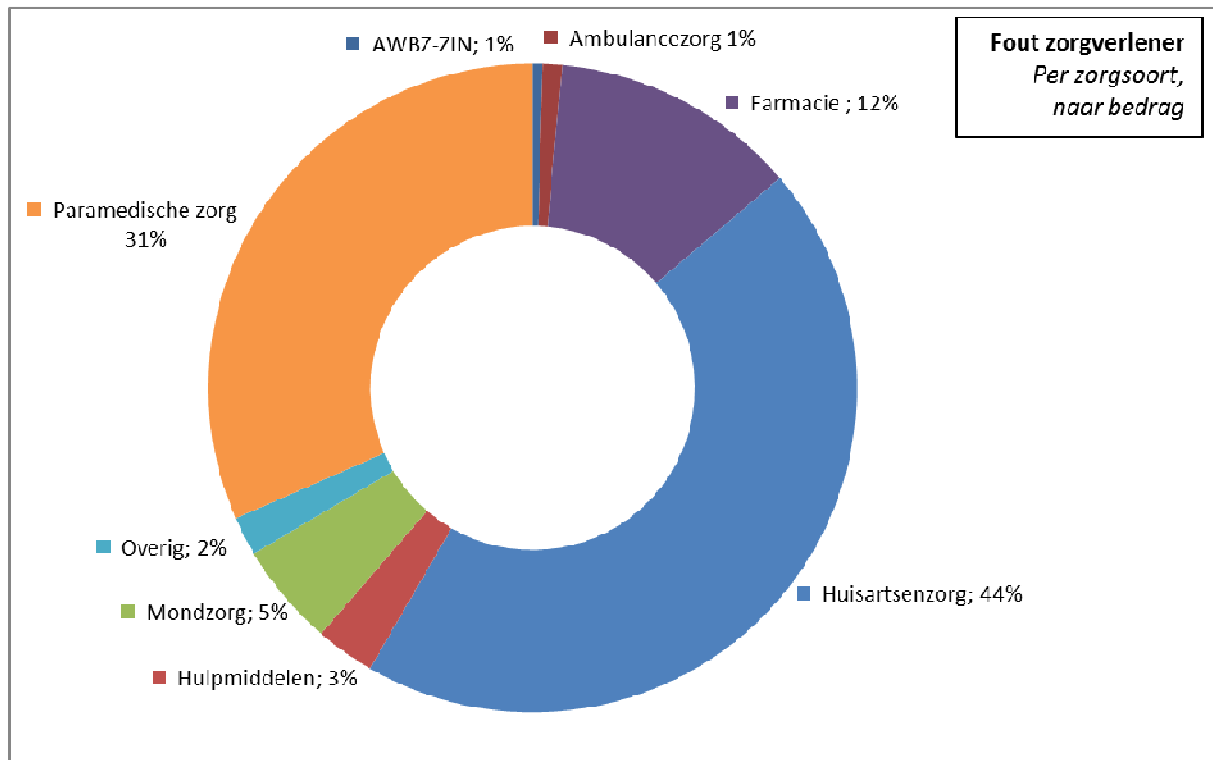
Uit bovenstaande verdeling blijkt dat voornamelijk ‘derden’ en in mindere mate zorgaanbieders verantwoordelijk waren voor de in 2012 vastgestelde PGB-fraudes. In 2012 zijn er vrijwel geen fraudes vastgesteld die zijn gepleegd door budgethouders.

Aangezien er in 2012 veel capaciteit naar onderzoeken is gegaan waarin geen fraude kon worden vastgesteld, terwijl het fraudevermoeden bleef staan, zijn ook deze onderzoeken uitgesplitst naar zorgsoort, zie het diagram hieronder. Het totaalbedrag van deze onderzoeken was € 9,5 miljoen.



In bovenstaande uitsplitsing is de GGZ bijzonder dominant. Dat wordt veroorzaakt door een groot onderzoek op dat gebied waarbij de zorgverzekeraar niet kon aantonen dat er als gevolg van bewust handelen een overtreding is begaan..

In het diagram hieronder staat het onderzoeksresultaat 'Fout zorgverlener' als uitkomst van de fraudeonderzoeken. Daarbij is vastgesteld dat er iets mis is gegaan met de declaratie, maar dat dit geen fraude betrof. Hiervan zijn in 2012 voor € 370.000 constatering gedaan vanuit de uitgevoerde fraudeonderzoeken.



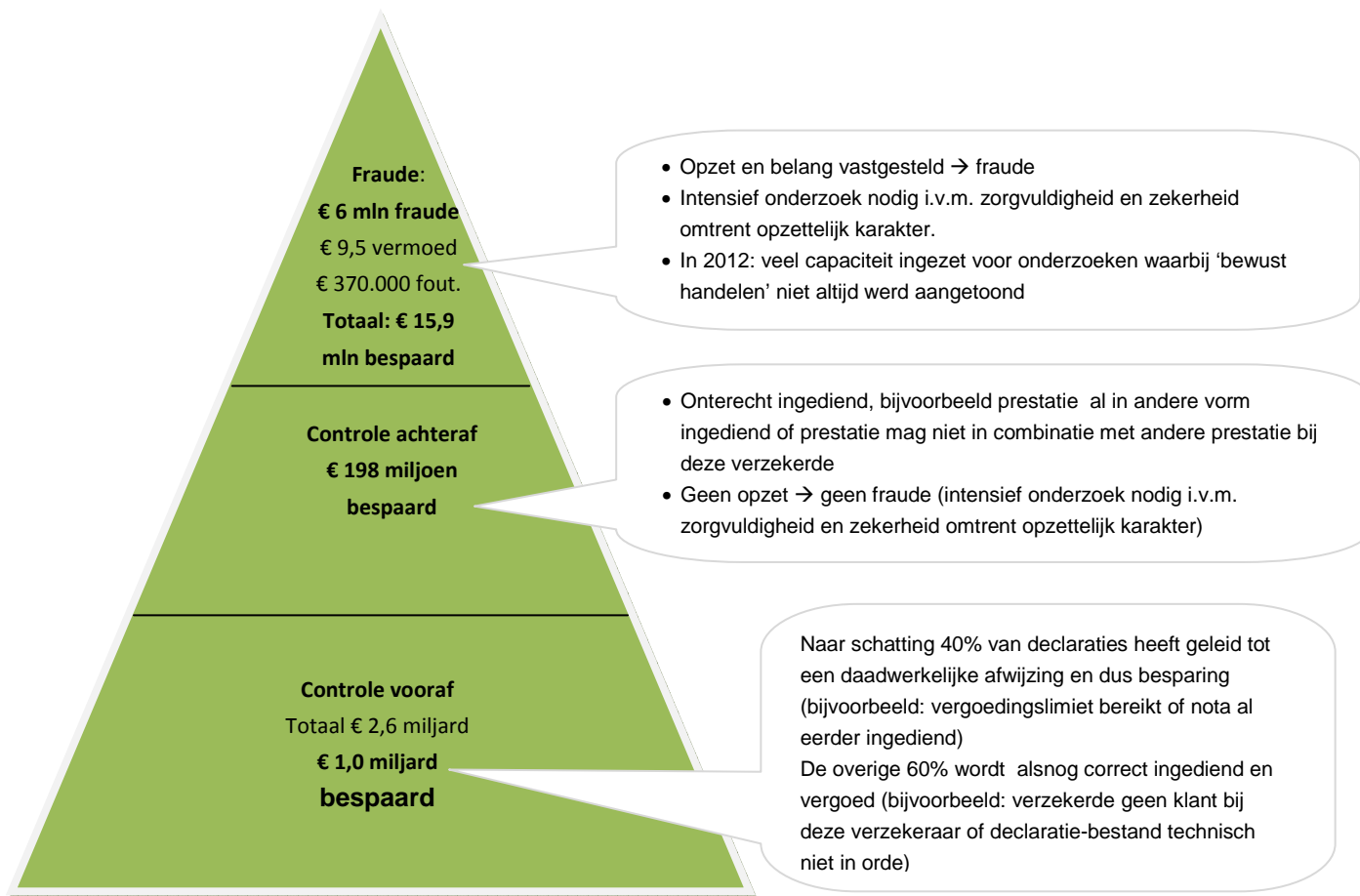
### Getroffen maatregelen

Na afronding van de onderzoeken die zijn geëindigd in de constatering dat er fraude is gepleegd, nemen zorgverzekeraars uiteraard maatregelen om de fraude te bestraffen dan wel deze in de toekomst te helpen voorkomen. Zo hebben zij in 2012:

- 53 keer de verzekering/overeenkomst opgezegd
- 30 keer een persoon of organisatie geregistreerd in het waarschuwingssysteem waarmee andere verzekeraars gewaarschuwd worden voor de fraudeur
- 25 keer een verzoek gedaan om een fraude via het bestuursrecht, strafrecht of tuchtrecht te sanctioneren. Met deze laatste maatregel zijn zorgverzekeraars terughoudend aangezien de dossiervorming en dus de benodigde tijdinvestering van de zorgverzekeraar omvangrijk zijn én deze vormen van afdoening gelden als een 'laatste uitweg', als de eigen maatregelen van de zorgverzekeraar niet voldoen.

### III. Totaaloverzicht

Hieronder staat de schematische weergave van alle controle- en frauderesultaten:



## **8 Plannen 2013 en 2014**

Zorgverzekeraars nemen het tegengaan van onterechte declaraties en fraude zeer serieus en starten daarom met het programma Intensivering Controle en Fraudebeheersing, waarin ze steeds meer samenwerken op de gebieden van controle, gepast gebruik en fraudebeheersing. Vanuit hun maatschappelijke verantwoordelijkheid delen zorgverzekeraars steeds meer signalen en resultaten van zowel controle als fraude en werken zij samen aan onderzoeken naar grote fraudezaken die landelijk spelen. Daarnaast besteden de zorgverzekeraars elk jaar gezamenlijk extra aandacht aan specifieke zorgsectoren. Voor 2013 en 2014 zijn dat de GGZ, de Medisch Specialistische Zorg en het PGB.

Zorgverzekeraars zijn verder bezig met het vormgeven van de rol van de verzekerde bij controle van de nota. De voorbereidingen om in 2014 ziekenhuisnota's begrijpelijker te maken zijn inmiddels gestart. Hierdoor krijgen de verzekerden meer inzicht in de kosten van de zorg en kunnen ze bijdragen aan het tegengaan van onterechte declaraties.

Een ander onderdeel van het programma is het verbeteren van de screening van zorgaanbieders om zo de kwaliteit en integriteit te bewaken en fraude te voorkomen, waarbij zorgverzekeraars resultaten met elkaar delen. Zorgverzekeraars willen zich ook inspannen om zorgaanbieders voor te lichten over de regels omtrent declareren. En tot slot wordt later dit jaar onderzocht op welke wijze de landelijke declaratiegegevens ingezet kunnen worden voor 'datamining', waarbij nieuwe signalen voor controle en fraudeonderzoek worden gegenereerd.